

与論町 { 人間ドック } 受診利用券  
          { 脳ドック・がんどック }

No. \_\_\_\_\_

被保険者証記号番号 \_\_\_\_\_

住          所 \_\_\_\_\_

利 用 者 氏 名 \_\_\_\_\_

生 年 月 日          年 月 日          歳

受 診 ( 予 定 ) 日          年 月 日

委 託 医 療 機 関 等 名 \_\_\_\_\_

受診の条件等

- 1 この利用券は、受診しようとする者以外の者は利用することができない。
- 2 人間ドック等の検査項目が契約書別表に掲げる検査項目を含んでいること。
- 3 人間ドック等の受診日において、補助対象者であること。
- 4 人間ドック等を受診するときは、この利用券を受診する委託医療機関等に必ず提出し、受診後は、自己負担額を委託医療機関等へ支払うこと。
- 5 委託医療機関等に対して補助金の請求及び受領を委任すること。

上記被保険者の人間ドック等利用について、補助金 \_\_\_\_\_ 円 を交付することに決定した。

年 月 日

与論町長



上記のとおり人間ドック等による健康診査を受診しましたので、補助金の請求及び受領を委託医療機関の管理者に委任します。また、特定健診・特定保健指導の実施のために健診結果を町へ提出することに同意します。

年 月 日

申請者氏名

上記被保険者について、人間ドック等による健康診査を実施したことを証明する。

年 月 日

委託医療機関